



Nom de l'enfant :

ECOLE :

TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Service Education B. LUCE
L. PICARD
F. EL HAMEL 02.37.18.56.46
education-1@ville-mainvilliers.fr

Date de réception du dossier :

DOSSIER PERISCOLAIRE ET EXTRA-SCOLAIRE 2011-2012

A remettre au service Education du 1er juin au 13 juillet 2011

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Restauration scolaire</u> | à compter du..... |
| <input type="checkbox"/> <u>Accueil matin-soir</u> | à compter du..... |
| <input type="checkbox"/> <u>Ateliers du soir</u> | à compter du..... |
| <input type="checkbox"/> <u>Transports scolaires</u> | à compter du..... |
| <input type="checkbox"/> <u>Accueil de loisirs</u> (pour les maternelles) (dossier à retirer au service éducation) | à compter du..... |



Vous devez impérativement remplir toutes les rubriques

- ✓ Joindre à cette fiche d'inscription pour la restauration scolaire et/ou l'accueil matin-soir et/ou l'accueil de loisirs et/ou l'accompagnement éducatif des ateliers du soir **les photocopies** des documents suivants :
- attestation récente des employeurs ou dernier bulletin de salaire de chaque parent ou conjoint qui travaille
 - avis d'imposition sur les revenus 2009 à fournir pour la toute 1^{ère} inscription de l'enfant au service périscolaire (et 2010 à fournir impérativement avant le 01/11/2011 pour tout dossier d'inscription)** de chaque parent ou conjoint
 - carte pôle emploi pour les demandeurs d'emploi.
 - photocopie des vaccins de l'enfant (carnet de santé)
 - photocopie de l'attestation d'assurance extra-scolaire 2011/2012
 - 1 photographie d'identité récente **par service**
- ✓ Joindre à cette fiche d'inscription pour **le transport scolaire**
- le formulaire ci-joint (pour les enfants qui ont 6 ans au 1er septembre 2011) accompagné de 2 photos et d'une enveloppe timbrée à votre nom et adresse
 - une photographie d'identité récente pour les enfants de moins de 6 ans



NOM (enfant)..... PRENOM.....
Ecole..... classe fréquentée à la rentrée :
Date de naissance..... Sexe : F M

| | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|
| RENSEIGNEMENTS PAYEUR : | | N° CAF : |
| NOM et prénom des parents ou personne responsable : | | |
| N°: | Rue : | Apt : Ville : CP : |
| Téléphone domicile : | Téléphone portable Mr : | |
| | Mme : | |
| Adresse courriel : | | |
| Situation familiale : marié <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> parent isolé <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> | | |
| Nbre de personne à charge : mineur : majeur : | | nbre de parts : |

| <u>Situation professionnelle de Madame</u> | <u>Situation professionnelle de Monsieur</u> |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> Congé parental | <input type="checkbox"/> Intérim <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> Congé parental |
| Nom Entreprise : | Nom Entreprise : |
| Profession : | Profession : |
| <u>Adresse employeur</u> | <u>Adresse employeur</u> |
| N :Rue..... | N :Rue..... |
| Ville.....CP..... | Ville.....CP..... |
| N° Téléphone : | N° Téléphone : |
| (ceci afin de vous joindre dans la journée si besoin est) | (ceci afin de vous joindre dans la journée si besoin est) |

NOM et prénom de la nourrice.....
N°:.....Rue :Ville : CP :

Tél. :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et Prénom.....Tél. fixe ou portable

NOM et Prénom.....Tél. fixe ou portable

AUTORISATION PARENTALE 2011 / 2012

Je soussigné(e) M., Mme, Melle*.....père, mère, tuteur
représentant légal* de l'enfant.....
demeurant : n°.....Adresse.....
CP.....Commune.....
autorise mon enfant

à être filmé et photographié dans le cadre des activités périscolaires.
OUI NON

Fait à Mainvilliers, le Signature

* rayer les mentions inutiles

FICHE SANITAIRE 2011/2012

L'enfant : Nom : Prénom :
Date de naissance :

Le représentant légal : Nom : Prénom :

Le conjoint : Nom : prénom :

Adresse de la famille :
.....
.....

N° de sécurité social :

Numéro de téléphone : Personnel.....
Portable.....
Travail du père.....
Travail de la mère.....

Personne, autre que les parents, susceptible de reprendre l'enfant :
Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone :

Qualité (tante, nourrice, sœur,.....) :

En cas d'accident grave survenant à votre enfant, autorisez-vous le responsable à prendre les mesures d'urgence ? : OUI NON

L'enfant doit-il être dirigé vers :
L'hôpital : OUI NON lequel ?.....
Une clinique OUI NON laquelle ?.....

Nom et n° de tél. du médecin traitant :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE EST NECESSAIRE

L'ENFANT :

A T-IL DES ALLERGIES ?: oui non

LAQUELLE (LESQUELLES) :
.....

SUIT-IL UN REGIME ALIMENTAIRE ? oui non

LEQUEL ?.....

Fait à, le.....
Signature